



www.wacommissionondrugs.org

**Des Politiques pour le Traitement de la Dépendance
aux Drogues en Afrique de l'Ouest
Document de référence de la WACD n°8¹**

Joseph B. Asare & Isidore S. Obot



¹Ce document s'inscrit dans une série de documents de référence préparés pour la Commission ouest-africaine sur l'impact du trafic de drogue sur la gouvernance, la sécurité et le développement en Afrique de l'Ouest (WACD). Le responsable de cette série est Camino Kavanagh, Senior Fellow, NYU Center on International Cooperation.

Ce document de référence a été préparé pour la Commission ouest-africaine sur l'impact du trafic de drogue sur la gouvernance, la sécurité et le développement en Afrique de l'Ouest (WACD).

Les opinions exprimées dans ce document ne reflètent pas nécessairement les vues de la WACD.



La présente publication a été élaborée avec l'aide de l'Union européenne. Le contenu de la publication relève de la seule responsabilité de l'auteur et ne peut aucunement être considéré comme reflétant le point de vue de l'Union européenne.

Joseph Asare est professeur agrégé adjoint de psychiatrie University of Development Studies Tamale au Ghana. Il est également le président de la Faculté de psychiatrie du Collège ghanéen des médecins et chirurgiens.

Isidore Obot est professeur de psychologie à l'Université d'Uyo, à Uyo, au Nigéria. Il est également Directeur du CRISA – African Centre for Research and Information on Substance Abuse.

Table des matières

1	Résumé Analytique	4
2	Introduction	6
4	Gérer les Troubles liés à l'usage de Drogues	9
4.1	Le traitement comme élément de la réduction de la demande de drogues	9
4.2	Services de traitement	10
4.3	Le traitement de la dépendance aux drogues et le système pénal	12
4.4	Les objectifs du traitement de la dépendance de substances.....	13
4.5	Modalités de traitement.....	14
5	Les Points de Vue des Experts et des Usagers de Drogues en Traitement.....	18
5.1	Enquête auprès de praticiens et de responsables des politiques	19
5.2	Groupes de discussion	22
6	Un cadre Réglementaire pour le Traitement des Problèmes de Drogue en Afrique de L'Ouest .	23
6.1	Établir un centre (agence) national(e) chargé(e) de la prévention et du traitement de l'usage de drogues	23
6.2	Décentraliser les structures de traitement des problèmes de drogue.....	23
6.3	Proposer des traitements à base communautaire et des structures de prévention.....	24
6.4	Respecter les droits humains des personnes nécessitant un traitement ou en cours de traitement	24
6.5	Développer les capacités en matière de prestation de traitement.....	24
6.6	Chercher des filières de collaboration	24
6.7	Le traitement comme alternative aux sanctions pénales.....	25
6.8	Réaliser une analyse coûts-avantages des programmes de santé liés aux problèmes de drogue	25
7.	Messages Clés Et Recommandations.....	26
7.1	Conclusion.....	28
8.	Références	29
9.	Annexe 1	31
10.	Annexe 2	34

Des Politiques Pour le Traitement de la Dépendance aux Drogues en Afrique de l'Ouest

1 Résumé Analytique

Le présent article examine la question du traitement des troubles liés à l'usage de drogues dans les pays de la CEDEAO, en exposant clairement le manque de politiques de réduction de la demande dans la sub-région et des défis importants concernant l'accès au traitement. De manière générale en Afrique de l'Ouest, la réduction de la demande de drogue, en particulier en ce qui concerne le traitement, est accordée très peu d'attention et de financement alors que les réponses continuent de mettre l'accent sur les arrestations ou l'incarcération, en dépit d'une croissante acceptation dans d'autres régions, que ces dernières ne dissuadent pas de l'usage de drogues et ne traitent pas les usagers, et peuvent en fait servir comme obstacles à la prestation de services de santé pour les usagers de drogues.

Dans la région, la disponibilité des services de santé et des services de traitement des problèmes liés aux drogues est limitée. La plupart des services sont proposés dans des hôpitaux psychiatriques et moyennement des structures traditionnelles et religieuses, souvent surchargés et où les atteintes aux droits des clients souhaitant se faire soigner sont monnaie courante. Ces structures disponibles disposent généralement de peu de moyens et de suffisamment de personnel qualifié et expérimenté en matière de traitement des troubles liés aux drogues. Cette situation s'explique en partie par le manque de politiques de traitement qui réguleraient la prestation de services dans ces structures. Elle s'explique également par le fait que les consommateurs de drogues sont souvent fortement stigmatisés et ne sont pas considérés comme dignes de profiter des ressources publiques. Cet article offre un aperçu sur ces problématiques. Pareillement, il propose une série d'exemples de services de traitement effectifs offerts dans d'autres régions du monde et qui pourraient être adoptés dans l'élaboration et la mise en place de politiques de traitement dans l'espace CEDEAO. Ces services incluent les services généraux de conseil, les services d'accueil, les groupes d'entraide, les groupes de soutien aux familles, les services communautaires de suivi et de soutien, les services spécialisés ambulatoires, et, des traitements médicalement assistés tels que le traitement à la méthadone contre la dépendance aux opiacés, les services résidentiels spécialisés et des services de la communauté thérapeutique (CT). Les techniques utilisées dans ces services incluent une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et une thérapie familiale multidimensionnelle.

Le rôle de la thérapie de substitution, utilisant le maintien à la méthadone ou à la buprénorphine pour sortir de la dépendance aux opiacés, est décrit en détail dans le texte. La thérapie de substitution aux opiacés (TSO) a fait ses preuves (depuis environ 65 ans dans des pays Africains) en tant que moyen de stabiliser les manques liés à l'arrêt des opiacés et, si elle représente une forme de réduction des risques en rendant l'injection inutile, réduisant ainsi le risque de VIH et d'autres risques liés à l'injection, elle est avant tout une forme de traitement de la dépendance qui a été approuvée par l'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS). Pour le moment, nous observons que le recours à la TSO est rarement pratiqué dans la région, et ce du fait de plusieurs facteurs, notamment l'indisponibilité des produits de substitution, qui ne figurent pas sur les listes des médicaments essentiels établies par les ministères de la santé à travers la sub-région-, et la préférence des responsables des politiques pour les thérapies basées sur l'abstinence –c.à.d., ces thérapies qui n'utilisent pas de substances dérivées de l'opium ou d'autres médicaments associés à la dépendance. De plus, les expériences d'autres régions indiquent que l'acceptabilité de la substitution aux opiacés est associée à la prévalence de l'usage d'opioïdes, qui pour le moment reste basse en Afrique de l'Ouest, selon les estimations. Ainsi la découverte des avantages de cette forme de traitement en Afrique de l'Ouest pourrait bien être justifiée afin de répondre à la posture négative des professionnels et des décideurs

politiques, et à la lumière de l'augmentation du trafic d'héroïne et utiliser dans la sous-région (ONUDD, 2013).

En outre, avec des indications d'une croissance de l'utilisation d'opiacés en Afrique de l'Ouest et en réponse aux appels pour des réponses globales aux défis liés à la drogue, le document note également qu'il pourrait bientôt avoir une place pour les programmes de réduction des méfaits dans la région. Bien que la réduction des méfaits vise à résoudre les problèmes liés au VIH / SIDA, l'injection de drogues et d'autres comportements à haut risque sont très présents dans certaines parties du monde et les méthodes ont montré être efficaces, l'adoption a été lente dans les pays africains. Le document explique pourquoi c'est le cas, notant que si l'introduction de programmes de réduction des méfaits dans la politique de la drogue en Afrique de l'Ouest, il faudra des changements significatifs dans la façon dont la toxicomanie est considérée et dans les attitudes envers les personnes dépendantes, l'ouverture d'une discussion éclairée sur le sujet est mérité.

Cet article examine également l'efficacité d'autres programmes de traitement et présente les points de vue d'experts et d'utilisateurs de ces services de traitement (à partir des réponses obtenues respectivement dans des enquêtes et en focalisant sur les discussions de groupe qui ont pour objet cet article). En ce qui concerne le développement et l'implémentation du traitement dans la région, l'article renvoie aux principes directeurs développés par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDD), tout en soulignant que si ces dernières sont utilisées, il ne faut pas perdre de vue les facteurs sociaux, économiques et culturels des pays concernés.

Pour conclure, l'article propose que les États dans la sub-région adoptent une approche intégrée en matière de politiques de drogues, sur le modèle de ce qui est suggéré dans la Section 5 (*Un cadre réglementaire pour le traitement des problèmes de drogue en Afrique de l'Ouest*). Comme un point de départ une telle politique devrait avoir comme objectif l'établissement de services de santé effectifs et humains. Ceci peut être achevé à travers les suivantes actions :

- S'assurer de la disponibilité de données fiables en ce qui concerne la consommation de drogues et la prévalence de la dépendance ainsi que la présence de mécanismes tels que WENDU qui peuvent garantir la régularité de la collecte de données et du suivi des tendances.
- Évaluer le rapport coût-avantage des programmes de santé liés aux drogues.
- S'assurer de la disponibilité de ressources humaines qualifiées et motivées.
- S'assurer de la disponibilité d'un système de traitement doté de structures autonomes et spécialisées et de l'établissement de services ambulatoires dans des structures de soins de santé primaires et de services sociaux.
- Suppression des traitements contre la dépendance de la drogue sous l'égide psychiatrique afin d'éliminer la stigmatisation souvent associée à un traitement dans des hôpitaux psychiatriques. Prévision de programmes de traitement et de prévention à base communautaire, et s'assurer de l'intégration de mesures qui répondent aux problèmes de droits humains, s'attachent au développement de ressources humaines et offrent des pistes de collaboration avec les pays frères à l'intérieur de la sous-région et au-delà.
- S'assurer que les services de traitement des problèmes liés aux drogues, ainsi que le soutien sanitaire et social, soient proposés comme alternative à une sanction pénale. Cela nécessitera une collaboration étroite entre le système pénal et le ministère de la santé et d'autres agences concernées.
- Finalement, afin d'assurer la mise en œuvre de telles politiques des drogues, chaque Etat devrait établir des centres, (agences) responsables de la réduction de la demande de drogues, tout en décentralisant leur efforts et assurant l'accentuation sur l'usage de drogue comme un problème de santé publique, et en intégrant les réponses dans des programmes nationaux de

développement. Ceci peut devrait comporter un volet de soutien au développement de services sanitaires et sociaux appropriés pour répondre aux problèmes de drogue, et pas seulement un volet de soutien aux activités policières et sécuritaires comme cela a plutôt été le cas jusqu'à présent.

2 Introduction

La dépendance aux substances psychoactives est désormais un problème dans le monde entier (ONUDC, 2013) et de nombreux pays s'évertuent à y remédier. Les membres de la Communauté Économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) ne sont pas une exception mais, disposant de ressources et d'expertises limitées, ils ne peuvent s'attaquer efficacement au problème. Pendant longtemps, ces pays ont rencontré des difficultés face aux substances licites telles que l'alcool et le tabac ; ils sont maintenant confrontés au trafic de drogues illicites telles que le cannabis, la cocaïne, l'héroïne, les stimulants de type amphétamine et les précurseurs chimiques. Si les quinze nations de la CEDEAO diffèrent à bien des égards, que ce soit pour des raisons historiques et culturelles, elles n'en partagent pas moins des caractéristiques communes dans le domaine des drogues et en particulier de la politique de contrôle des drogues. La plupart de ces pays ont été choisis comme pays de transit du commerce international des drogues et, comme on a pu l'observer ailleurs, le pourcentage de narcotiques et de substances psychotropes transitant dans la sous-région qui restent dans les pays pour y être consommés est en augmentation. Cela étant, les pays africains ne disposent généralement pas de réels systèmes de suivi de l'usage de drogues et se voient donc dans l'impossibilité de recueillir et de conserver des données relatives à l'étendue de l'usage et des problèmes qui y sont liés (OICS, 2009).

Cependant, il apparaît de plus en plus clairement dans la région, que les jeunes en particulier, utilisent différents types de substances psychotropes (ONUDC, 2013), dont les effets se font sentir de plus en plus. Pendant que la dépendance aux drogues est en train de devenir un véritable problème de santé publique, la réponse s'est fait attendre dans la mesure où il n'existe pas de données fiables concernant le nombre d'utilisateurs, encore moins concernant le nombre de personnes dépendantes. Par extension, rares sont les pays de la région, s'il en existe, qui peuvent s'enorgueillir d'avoir développé une politique des drogues qui soit globale, fondée sur des données factuelles et équilibrée, et rares également ceux qui mettent en pratique les mesures disponibles pour enrayer l'impact sanitaire et social de l'usage de drogues.

En effet, ce document est particulièrement opportun, car très peu d'études ont été réalisées dans ce domaine et diverses enquêtes montrent que la politique de traitement est souvent inexistante dans de nombreux pays de la région de la CEDEAO (OMS, 2011).

Une aire qui nécessite du travail urgent est le développement d'un cadre pour la gestion des problèmes relatifs aux drogues comme un problème de santé publique qui puisse être adopté par les pays de l'espace CEDEAO. L'objectif de cet article est d'apporter une base technique pour le développement et la mise en œuvre intégrale de politiques de drogues, se fondant sur les meilleures preuves d'efficacité disponibles et tenant compte des particularités du contexte ouest-africain. Suivant la politique sur le thème « Prévention et traitement de la dépendance à la drogue en Afrique de l'Ouest » (Obot, 2013), le présent article s'appuie la documentation existante et les conclusions d'enquêtes en vue de mettre en lumière le manque flagrant de services de traitement et les défis qu'il faudra surmonter lors du processus de mise en œuvre de réponses effectives et plus humaines au problème de la dépendance à la drogue dans la région.

3 Usage de Drogues dans la Région Ouest-Africaine

Comme nous l'avons souligné plus haut, le manque de fiabilité et de disponibilité des données relatives à la prévalence de la consommation et de la dépendance constitue un problème considérable, qui entrave la tenue de débats politiques éclairés et fait qu'il est difficile de garantir que les ressources limitées soient affectées de manière plus efficace. De plus, comme le nombre de pays qui communiquent des données est si peu élevé, les informations concernant la prévalence de la consommation et de la dépendance reflètent souvent en premier lieu la situation au Nigéria (même si les données disponibles dans le pays sont parfois aussi contestables). Cela étant, des estimations communiquées par l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDD) indiquent que plus de 200 millions de personnes parmi la population adulte à l'échelle mondiale ont consommé une substance illégale en 2011, soit une prévalence annuelle d'environ 5% (ONUDD, 2013). Ces données sur le nombre d'usagers de drogues illicites dans le monde constituent tout au plus une estimation approximative, comme le montre le grand intervalle de confiance autour de l'estimation ponctuelle, où plus l'intervalle est grand, moins le nombre estimé d'usagers de drogue ou tout autre paramètre est précis. Autrement dit, une marge élevée équivaut à un fort degré d'incertitude quant à une mesure particulière (par ex : nombre d'usagers, nombre de décès liés à l'usage de drogue).

La plupart des usagers de drogue ont mentionné fumer du cannabis et nombre d'entre eux consommaient une autre substance, dont la liste ne cesse de s'allonger et comprend notamment la cocaïne, l'héroïne, les stimulants de type amphétamines et de nouvelles substances psychoactives. On estime que plus de 15 millions d'usagers développent des troubles liés à la drogue qui pourraient nécessiter l'aide de professionnels, qui prennent le plus souvent la forme d'un usage nocif, d'un usage de drogues injectables ou d'une dépendance à la substance (ONUDD, 2013). Si le taux estimé de l'usage de drogue parmi l'ensemble de la population ne semble pas avoir évolué au cours des années, le nombre total d'usagers et, parmi eux, le nombre de personnes développant des troubles liés à la drogue, est en augmentation, du fait de la croissance globale de la population.

En Afrique de l'Ouest, la consommation de drogues illégales est caractérisée par un usage écrasant du cannabis par rapport à d'autres substances. L'Afrique de l'Ouest apparaît en effet comme l'un des épicycles de la consommation de cannabis dans le monde et à l'intérieur de l'Afrique. (Le tableau 1 ci-dessous compare les taux de prévalence de l'usage de drogues illicites dans diverses régions d'Afrique et dans le monde). S'appuyant sur des données présentées dans le Rapport Mondial sur les Drogues 2013 (ONUDD, 2013), le tableau montre que c'est en Afrique Centrale et en Afrique de l'Ouest qu'on observe les estimations de taux de prévalence d'usage de cannabis parmi la population adulte les plus élevées (12,4%), contre une moyenne en Afrique de 7,5% et une moyenne mondiale de 3,9%. Si la différence est notable, le manque de fiabilité des données et la variété des méthodes d'évaluation utilisées dans les différentes régions rendent toute conclusion concrète difficile. En outre, il est également important de reconnaître les limites des données agrégées pour la région dans la mesure où certains pays ne disposent pas de données fiables ou alors ne soumettent pas de rapports à l'ONUDD comme il leur est demandé. Dans d'autres cas, certains pays préfèrent communiquer les chiffres d'usage de cannabis au lieu des chiffres des « drogues dures », le cannabis peut être moins stigmatisé.²

D'après des études menées dans la région, l'une des conséquences caractéristiques de l'usage de cannabis en Afrique de l'Ouest serait son association à des psychopathologies de type psychotique parmi les cas étudiés de personnes suivant un traitement (Oshodi et al., 2009; Rolfe et al., 1993). En effet, aux yeux de nombreux professionnels de santé et du public (dans des débats à la radio et à la télévision), une forte corrélation se crée entre l'usage de cannabis et la maladie mentale. Cela fait

² Visites de pays de la WACD, avril 2013.

certes des années que cette association existe (par ex.: Asuni, 1964; Lambo, 1965), mais on ne sait toujours pas vraiment s’il s’agit d’un lien de causalité et pourquoi cette association semble plus répandue en Afrique de l’Ouest que dans le reste du monde (ONUDC, 2013). En même temps, une documentation de plus en plus abondante, comprenant notamment des études mandatées par les États, a vu le jour et soulevé d’importantes questions relatives aux pathologies du cannabis et aux risques sociaux et sanitaires afférents, entraînant d’importants changements dans la manière dont est classifié le cannabis.³ En Afrique de l’Ouest, les études existantes montrent généralement qu’un pourcentage élevé des jeunes hospitalisés pour troubles mentaux reconnaît aussi une consommation de cannabis, plus ou moins forte, ce qui aurait pu accélérer, ou pas, l’apparition de leur maladie. Par conséquent, dans un contexte où les données relatives à la prévalence (qui ne sont elles-mêmes toujours pas fiables) suggèrent un usage répandu du cannabis dans la région, où portant de nombreux usagers ne développent aucune psychopathologie connue, il faut faire preuve de prudence avant d’annoncer une telle corrélation.

Table 1 - Prévalence (%) de l’usage de drogue dans différentes régions d’Afrique (chez les adultes entre 15 et 64 ans, 2011)

Région	Cannabis	Opioides (stupéfiants de synthèse)	Opiacés (stupéfiants d’origine naturelle)	Cocaïne	Stimulants de type amphétamine
Est	4.1	0,17	0,2	-	-
Nord	4.4	0,25	0,3	0,02	0,6
Sud	5.0	0,41	0,3	0,8	0,7
Ouest/ Centre	12.4	0,44	0,4	0,7	-
Afrique	7,5	0,33	0,3	0,4	0,9
Monde	3,9	0,7	0,4	0,4	0,7

Source: Rapport Mondial sur les Drogues 2013 (ONUDC, 2013)

Si d’après les estimations le cannabis est la principale drogue consommée dans la région, d’autres drogues sont consommées, en grande partie du fait de leur plus grande disponibilité stimulée par la hausse du trafic dans la région et, dans le cas des méthamphétamines, de la production locale. Contrairement au cannabis, que l’on trouve dans la région depuis les années 1940, la cocaïne et l’héroïne sont relativement nouvelles, arrivant dans certains pays au début des années 1980. On estime que leur consommation est restée proche de la prévalence à l’échelle mondiale mais la disponibilité accrue de ces drogues laisse craindre une poussée de leur consommation dans l’ensemble de la population et parmi les groupes à risques.

³ Voir par exemple, le rapport de *UK Home Office Advisory Council’s Report on the Misuse of Drugs: The Classification of Cannabis under the Misuse of Drugs Act 1971* dans lequel, après examen des preuves, l’organe consultatif a recommandé une reclassification du cannabis dans la classe C (risque le moins important) dans la mesure où sa classification actuelle (classe B – catégorie intermédiaire) est disproportionnée par rapport à sa toxicité et à celle d’autres substances (comme les amphétamines) qui sont actuellement dans la classe B. Un autre rapport récent du même organisme approuve le maintien du cannabis dans la classe C et réprovoque sa reclassification dans la classe B. Zabranský, T. 2004. Czech drug laws as an arena of the drug policy battle. *Journal of Drug Issues* 34(3):661–686; et Csete, J. (2012), *A Balancing Act: Policy Making on Illicit Drugs in the Czech Republic*, OSF Drug Policy Programme.

S'il est une catégorie de substances contrôlées qui nous permet d'illustrer au mieux le rôle que joue le facteur de disponibilité dans la future consommation, ce sont les stimulants de type amphétamine (STA), et en particulier les méthamphétamines. Cette substance contrôlée rencontre un franc succès chez les trafiquants d'Afrique de l'Ouest depuis quelques années et on enregistre une production locale dans deux pays de la région – le Nigéria et le Libéria - (ONUDD, 2012). Compte tenu de la disponibilité locale de cette drogue et en l'absence de données fiables, on ne peut que supposer que son taux de consommation va finir par rattraper les taux enregistrés dans d'autres parties de l'Afrique et qui correspondent à la moyenne mondiale.

Le phénomène de l'abus de médicaments d'ordonnance (substances psychotropes), qui a été autour depuis longtemps, est souvent oublié dans les discussions sur l'usage de drogues en Afrique. Par exemple, la dépendance à la pentazocine, un analgésique narcotique utilisé dans le traitement de la douleur a été rapporté au Nigeria (Makanjuola & Olatunji, 2009). Une étude récente (Maiga, Seyni, et Sidikou, 2013) a également exprimé des inquiétudes à propos de l'abus de tramadol (une autre antidouleur) au Niger, et au cours d'une visite récemment au Mali par les commissaires de la WACD, on en a fait référence à plusieurs reprises comme une option économique pour les usagers de drogues (visite de pays WACD août 2013).

À la lumière des évolutions actuelles, on peut s'attendre à une hausse de l'usage de drogues en Afrique de l'Ouest dans un proche avenir. Cette hausse pourrait s'accompagner d'une prévalence plus élevée des troubles liés à l'usage de drogues, mais le manque de données solides ne nous permet pas encore d'évaluer de manière fiable si la prévalence de la dépendance problématique va réellement augmenter. Sur la base de témoignages, tout du moins, il semble que l'Afrique de l'Ouest n'est pas seulement un lieu de transit du commerce mondial de drogues illicites mais qu'elle abrite aussi un nombre croissant d'usagers, un faible pourcentage desquels étant dépendant aux opioïdes, à la cocaïne, au cannabis et à des substances légales. Comme le font remarquer Kleiman et al, dans leur description de la règle des 80%, dans la plupart des endroits 80% de la demande de drogues illicites est le fait d'un petit pourcentage, peut-être 20%, des usagers de drogues qui sont les usagers les plus problématiques et ont une demande très élevée. Partant, les services de traitement qui bénéficient de l'aide du gouvernement devraient s'attacher aux usagers les plus problématiques afin d'obtenir les résultats les plus efficaces non seulement en ce qui concerne des problèmes cliniques individuels mais aussi en termes de demande générale (Kleiman, Caulkins et Hawkins, 2011). L'absence dans la région de systèmes de soins peu spécialisés, ancrés dans la durée, accessibles et éprouvés scientifiquement pour le traitement de la dépendance pose déjà un problème pour les faibles niveaux de dépendance. Dans l'intérêt de la santé publique et du bien-être social dans la sous-région, les gouvernements devraient donc réfléchir sérieusement à la question de savoir comment proposer des traitements efficaces aux personnes touchées. Le reste de cet article s'attache donc à aborder la question de la pertinence des politiques de traitement et de la pratique.

4 Gérer les Troubles liés à l'usage de Drogues

4.1 Le traitement comme élément de la réduction de la demande de drogues

Le traitement de la dépendance est un élément de la réduction de la demande. Le terme « réduction de la demande » renvoie à toutes les activités visant à réduire la demande de drogues et inclut les préventions primaire, secondaire et tertiaire (OICS, 2009). L'objectif final de la réduction de la demande et de l'offre est de réduire ou minimiser l'usage de drogues et la dépendance (OICS, 2004). La plupart des pays de la CEDEAO mènent une politique de contrôle des drogues qui incorpore la pratique de la réduction de la demande et de l'offre. Toutefois, pendant longtemps, cette pratique a

été orientée vers la réduction de l'offre car la plupart des gouvernements voient dans les arrestations une preuve de bons résultats. Là où des actions ont été entreprises pour réduire la demande de drogues, ce sont les campagnes de sensibilisation qui ont été privilégiées, une approche qui ne semble pas efficace pour restreindre la demande (Babor et al, 2010). La dépendance aux drogues et les interventions visant à réduire son impact sur les personnes touchées ou la société en général ont été largement négligées.

La dépendance aux drogues est une maladie complexe qui se caractérise par des effets de manque intenses et parfois incontrôlables, accompagnés d'une recherche compulsive de drogue et d'un usage qui persiste malgré les conséquences dévastatrices qu'il peut entraîner. Si la dépendance commence par l'acte volontaire, dans diverses circonstances, de prendre des drogues, au fil du temps, le choix n'en est plus un, au moins pour un faible pourcentage de ces personnes. Si elle n'est pas traitée correctement, la dépendance peut avoir des effets néfastes sur l'utilisateur, sa famille et l'ensemble de la société. En effet, il est bien établi que l'usage de drogues en général et les troubles liés à l'usage des drogues en particulier vont de pair avec des coûts sociaux et économiques élevés (Rehm et al., 2006; Rice et al., 1990). La gestion des troubles liés à l'usage de drogues comporte plusieurs activités et commence généralement par une évaluation complète et détaillée de la personne affectée par un professionnel qualifié.

4.2 Services de traitement

Il est important que les responsables de l'élaboration des politiques comprennent qu'il existe une grande variété de services de traitement, dont l'efficacité est plus ou moins avérée, et que les programmes de traitement en centre résidentiel ne sont pas la seule solution. Si dans certains cas un traitement en centre résidentiel s'impose, d'autres approches ont également fait leurs preuves. Malheureusement, la plupart de ces services ne sont pas à présent disponibles pour les personnes qui en ont besoin en Afrique de l'Ouest, mais ils peuvent être développés et/ou adaptés en fonction des capacités en ressources humaines et des capacités financières de chaque pays. Dans de nombreux pays de la sous-région, des structures de « traitement » traditionnelles et religieuses dispensent certains services. En règle générale, ces centres s'adressent à des clients souffrant de problèmes de santé mentale mais ils sont rarement placés sous contrôle de l'État et peu de moyens sont mis en œuvre pour contrôler la maltraitance et les pratiques inhumaines souvent associées à ces structures. Par exemple, dans certains contextes, le traitement des troubles liés aux drogues peut impliquer des souffrances physiques et mentales infligées au client, ce qui s'explique souvent par de la simple négligence ou est le résultat d'une méthode de « traitement » censée punir ou corriger ce qui est considéré comme une défaillance morale (Human Rights Watch, 2012). Non seulement ces traitements sont inhumains mais il n'est pas démontré que ces types d'intervention soient d'une quelconque efficacité dans le traitement des personnes souffrant de troubles liés aux drogues ou de tout autre problème psychologique.

Voici une brève description des différents services et des types de techniques disponibles, en théorie du moins, pour la gestion des troubles liés aux drogues.

Services d'accueil : Il s'agit d'un type de service d'information et d'orientation quant aux services disponibles, qui permet de savoir ce qu'il faut faire et où il faut aller pour se faire aider. Des structures de la sorte devraient être instituées dans des endroits accessibles et comporter un service d'accueil téléphonique tenu par un personnel qualifié et bien informé, capable d'intervenir dans des situations d'urgence.

Services généraux de conseil sur rendez-vous : Pour des raisons économiques, cette structure peut être partagée avec le centre d'accueil et être dotée de personnel formé en matière de conseil. Cette

structure peut également servir de centre d'aiguillage pour orienter les clients vers les services disponibles adéquats et qui correspondent le mieux aux besoins du client. Cela suppose la présence sur place d'une personne expérimentée qui puisse évaluer les besoins des clients.

Groupes d'entraide : Les groupes d'entraide tels que les Narcotiques Anonymes (NA) ou les Alcooliques Anonymes (AA) sont généralement composés de personnes dépendantes en rétablissement qui recherchent la compagnie et le soutien de pairs. Les structures de traitement devraient encourager leurs clients à mettre sur pied des groupes d'entraide et les aider à les développer. Les programmes de traitement professionnel qui mettent l'accent sur des approches fondées sur l'entraide accentuent le recours du patient aux réunions gratuites du groupe, ce qui a pour effet de faire baisser les dépenses de santé ultérieures. Ces programmes représentent donc pour certaines personnes une approche abordable de la promotion du rétablissement de l'usage abusif de drogues et de la dépendance (Humphreys et al, 1999).

Groupes de soutien aux familles: Ces groupes sont généralement composés de membres de la famille des clients qui jouent un rôle de sensibilisation, partagent leurs expériences et leur ressenti, se soutiennent et apprennent les uns des autres. Il faut aider ces groupes à trouver les meilleurs moyens de faire face aux multiples problèmes causés par l'usage de drogues des membres de leur famille. On peut encourager les groupes de soutien aux familles à adopter le statut d'ONG afin d'être reconnues dans le cadre d'un système d'aiguillage.

Services de suivi et de soutien communautaires: Il est important de sélectionner les meilleurs professionnels à qui confier cette responsabilité. Souvent, les membres du personnel de santé mentale communautaire, s'ils existent, sont les bonnes personnes vers qui se tourner, mais le personnel de santé communautaire générale peut également être formé à ces tâches. Par exemple, des travailleurs sociaux formés font en général partie de l'équipe communautaire. L'impact de l'addiction ne se limite pas à la personne qui en souffre et le rétablissement de la dépendance se verra grandement facilité par la participation des membres de la famille ou de membres de la communauté.

Services ambulatoires spécialisés: Ce type de services est destiné aux personnes nécessitant un traitement et une réhabilitation. Les programmes ambulatoires peuvent être très utiles pour les personnes qui doivent continuer à travailler ou à aller à l'école. Ils varient selon les besoins du patient et les services disponibles dans la structure. Les traitements ambulatoires les plus élaborés peuvent inclure à la fois une thérapie individuelle et une thérapie familiale. Sous sa forme la plus simple, un traitement ambulatoire peut se limiter à des rendez-vous avec un thérapeute spécialisé dans le traitement des addictions aux drogues.

Contrairement à l'hospitalisation complète, les traitements ambulatoires ne répondent pas souvent aux problèmes médicaux et autres besoins. Dans les cas d'hospitalisation, l'ensemble des soins est regroupé en un seul endroit. Compte tenu de sa nature flexible le traitement ambulatoire des cas qui ne présentent pas de complications est l'option préférée. Pour les adultes qui ont des enfants et ne peuvent pas se permettre de suivre un traitement pendant plusieurs mois d'affilée, le traitement ambulatoire peut être très bénéfique au rétablissement.

Services d'hospitalisation spécialisés : Dans ce type de prise en charge résidentielle, un client reçoit des soins 24 heures sur 24 dans une structure résidentielle. Les soins de santé physique et mentale sont tous deux inclus dans cette forme de traitement. Dans la plupart des cas, les patients séjournent dans des structures de traitement résidentiel pour une durée variable selon la politique de l'institution ou la réaction au traitement. L'acceptation pour ce type de traitement coûteux présuppose diverses évaluations. Ce bilan comporte les antécédents psychiatriques, la motivation quant au traitement, les comorbidités, la situation professionnelle et toute autre information pertinente.

La quantité de soins médicaux reçus par le patient constitue une différence importante entre les traitements ambulatoires et résidentiels. Dans le cas des traitements résidentiels, chaque résident est sous surveillance médicale constante. De plus, beaucoup de centres résidentiels de traitement proposent des programmes de désintoxication.

Pour ce qui est des pays de la CEDEAO, afin d'accroître l'accès aux soins, les hôpitaux généraux pourraient se doter d'un personnel formé qui effectuerait au moins la désintoxication avant d'orienter le patient vers des traitements complémentaires, psychologiques et médicaux.

Communauté thérapeutique (CT): Ce type de programme de traitement résidentiel peut être très efficace, en particulier pour les personnes souffrant de problèmes plus graves et complexes. Les communautés thérapeutiques (CT) sont des programmes extrêmement structurés dans lesquels les patients effectuent un séjour d'une durée habituellement comprise entre 6 et 12 mois. Les clients vivent en communauté et chaque membre a un rôle à jouer dans le maintien du processus thérapeutique qui peut mener au rétablissement. Ce qui différencie les CT des autres approches de traitement, c'est principalement leur utilisation du personnel de traitement communautaire et des patients en voie de rétablissement en tant qu'agents clés de changement dont l'influence peut permettre de modifier, chez les patients, les attitudes, perceptions et comportements associés à l'usage de drogues. Les patients des CT peuvent inclure des personnes ayant des antécédents relativement lourds de dépendance aux drogues, des personnes impliquées dans des activités criminelles graves, et celles ayant de graves difficultés sur le plan du fonctionnement social. Le principal objectif des CT est de resocialiser le patient dans une vie sans drogues et sans criminalité. Jusqu'à présent, aucune étude n'a été effectuée sur les CT dans l'espace CEDEAO. Il existe toutefois des études effectuées dans des pays occidentaux et qui remontent à une trentaine d'années qui démontrent l'efficacité des CT en raison surtout des exigences de durée de traitement de ce programme (Holland, 1993; De Leon, 1984; Dekel et al, 2004). Cette méthode a été critiquée ailleurs, si ce n'est qu'en raison des coûts engendrés. En outre, on peut se demander si l'efficacité présumée du traitement relève réellement des éléments constitutifs de l'approche thérapeutique.

Ce type d'approche a été critiqué ailleurs, notamment en raison des coûts impliqués. En outre, il est difficile de savoir si la prétendue efficacité du traitement est en réalité en raison des éléments de fond de l'approche thérapeutique.

4.3 Le traitement de la dépendance aux drogues et le système pénal

Une possibilité de traitement a été proposée en tant qu'alternative à l'incarcération à des délinquants ayant un usage abusif de drogues afin de les orienter vers des programmes de traitement plutôt qu'en prison. Cette solution leur permet de recevoir des traitements pour toute une série de problèmes, dont la dépendance, ce qui pourrait entraîner une amélioration significative de leur santé physique et prévenir la récidive (ONUDC, 2010; OICS, 2007). Souvent, dans les pays en développement, les personnes placées en détention préventive pour des infractions liées aux drogues sont relativement nombreuses. Cela est lié au fait que, selon les croyances culturelles, ces délinquants sont considérés comme des « mauvaises graines » qui doivent être punies. Mais le nombre de délinquants en détention préventive est souvent imputable à d'autres facteurs : dans de nombreux cas, les délinquants ne peuvent simplement pas verser la caution ou payer le pot de vin qui leur assurerait une libération immédiate. Dans d'autres cas, la législation en matière de drogue est tellement sévère que le droit habituel d'être jugé rapidement par un tribunal quelconque n'est simplement pas respecté. Dans d'autres cas encore, les délinquants peuvent être en état de manque lors de leur détention provisoire et cette situation peut être exploitée pour leur soutirer de l'argent ou des aveux forcés. Partant, si la stigmatisation sociale et la démonisation jouent un rôle, les dispositions en matière de législation antidrogues et le comportement incontrôlé des responsables et des institutions

peuvent souvent être plus dommageables. Il est urgent d'effectuer des recherches supplémentaires sur ces questions en Afrique de l'Ouest en vue de renforcer les politiques en cours d'élaboration. Passer d'une approche orientée vers la sanction à une approche orientée vers la santé rentrerait dans le cadre des conventions internationales relatives au contrôle des drogues et serait en accord avec un large corpus scientifique (ONUDC, 2009) qui prouve qu'une approche de l'usage de drogues orientée vers la santé est plus efficace en matière de réduction de l'usage illicite et des risques sociaux et individuels qui y sont associés.

À cet égard, les responsables du maintien de l'ordre, les cours et les prisons vont devoir travailler en étroite collaboration avec le système de santé pour permettre aux individus dépendants de recevoir un traitement au sein du système pénal (s'ils sont déjà incarcérés) ou d'être orientés vers un traitement au sein du système de santé plutôt que vers la prison. Fort heureusement, le Programme Régional de la CEDEAO (2008-2012 ; prolongé jusqu'à 2014) et le Plan d'Action de l'Union Africaine (2013-2017) reconnaissent la valeur du traitement de la dépendance au sein du système pénal et le plan de l'UA enjoint expressément les états membres à « [I]nstitutionnaliser des programmes de déjudiciarisation pour les usagers de drogues en conflit avec la loi, et en particulier les alternatives à l'incarcération pour les délits mineurs » (CEDEAO, 2008: UA, 2013).

4.4 Les objectifs du traitement de la dépendance de substances

Le traitement doit porter sur l'usage de drogues de l'individu et toutes les comorbidités associées. Il doit également tenir compte de tout problème psychologique, social, professionnel, et juridique rencontré par la personne. L'objectif du traitement devrait s'orienter vers le rétablissement à travers la mise en place de nombreux systèmes d'aide. D'une manière générale, on considère que le rétablissement se caractérise par la maîtrise volontaire et durable de l'usage de drogues, de la santé et du bien-être, ainsi que la participation à la société (UK Drug Policy Commission, 2008). Schukit (1994) soutient que pour la plupart de patients, l'objectif premier du traitement est d'atteindre et de maintenir l'abstinence (exception faite des patients maintenus sous traitement de substitution), mais que plusieurs tentatives et échecs peuvent être nécessaires avant d'y arriver. Jusqu'à ce que le patient accepte la nécessité de l'abstinence, il est suggéré que le programme de traitement tente de minimiser les effets de la poursuite de l'usage problématique par l'éducation, le conseil, et les groupes d'entraide qui mettent l'accent sur la réduction des comportements à risque. On conseille également au patient de se faire de nouveaux amis qui ne consomment pas de drogues, de changer d'activités de loisirs et de mode de vie, de substituer les substances consommées par des substances moins risquées et de réduire les quantités et la fréquence de la consommation, dans l'optique de convaincre le patient de sa responsabilité individuelle sur la voie de l'abstinence. Dans d'autres pays et régions, où les approches fondées sur l'abstinence promues par les conventions relatives aux drogues de l'ONU n'ont pas suscité beaucoup d'effet, la politique de réduction des risques a été soutenue comme étant une alternative efficace. La réduction des risques renvoie aux « politiques, programmes et pratiques visant principalement à réduire les conséquences négatives de l'usage de drogues psychoactives légales et illégales sur la santé, la société et l'économie, sans nécessairement réduire la consommation de drogues » (IHRA, 2010, p. 1), et inclut des interventions orientées vers la santé, comme les thérapies de substitution aux opiacés, l'échange de seringues, la prescription médicale d'héroïne et les salles de consommation de drogues à moindre risque. Les politiques de réduction des risques peuvent également remédier aux infections transmises par voie sanguine telles que l'hépatite et le VIH lié à l'utilisation de matériel d'injection contaminé, et de multiples études ont démontré leur efficacité en matière de réduction des risques sanitaires liés à l'usage de drogues (Inciardi et Harrison, 1999).

4.5 Modalités de traitement

La gestion des troubles liés à l'usage de drogues est un processus à long terme fait de multiples interventions et tentatives d'abstinence et pour lequel une grande patience est de mise. Les stratégies utilisées incorporent des interventions psychologiques, physiques et sociales. Selon les cas, ces stratégies sont souvent combinées aux services examinés ci-dessus. Les méthodes les plus fréquemment utilisées par les intervenants en dépendance sont mentionnées ci-dessous. Il ressort de discussions formelles et informelles menées avec des spécialistes de la sous-région lors de rencontres internationales soutenues par l'ONUDC que certaines de ces méthodes sont déjà utilisées dans la sous-région CEDEAO. Cependant, rien ne permet d'affirmer que les méthodes qui ont été testées dans la sous-région aient été soumises à des évaluations d'efficacité. Il reste donc beaucoup à faire pour déterminer ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas en matière de traitement de la dépendance dans la région.

Désintoxication : La désintoxication médicalement assistée constitue la première étape du traitement de la dépendance et en soi n'a pas un grand impact sur l'usage abusif de drogues sur le long terme. Il est recommandé de conduire la désintoxication médicalement assistée dans un cadre résidentiel afin que les symptômes physiques aigus occasionnés par le sevrage soient encadrés dans un environnement sûr. Elle devrait être soutenue par des plans d'intervention d'urgence pour encourager le client à suivre et à poursuivre un traitement. Pour certains, si ce processus est bien maîtrisé, il peut ouvrir la voie à un traitement efficace sur le long terme.

Toutefois, la désintoxication seule suffit rarement à aider les individus à parvenir à l'abstinence sur le long terme. Il faut donc encourager les patients à poursuivre un traitement après leur rétablissement et c'est pourquoi les programmes de désintoxication ayant aussi recours à des interventions psychologiques telles que l'entretien motivationnel et les stratégies incitatives dès l'admission du patient peuvent améliorer l'engagement dans la démarche de traitement. Aux dires de psychiatres travaillant dans l'espace CEDEAO, en particulier dans les pays anglophones, les produits de substitution (c.à.d. les substances psychoactives sur ordonnance dont l'activité pharmacologique est similaire à celle de la substance dont le patient est dépendant, utilisées sous surveillance médicale) ne sont pas largement utilisés. On a plutôt affaire à des cas de figure où des benzodiazépines sous forme injectable combinées à des produits psychotropes sont utilisées dans la phase aiguë avant de passer à des formes psychologiques de traitement auprès d'une équipe multidisciplinaire. Des recherches systématiques sur ce problème ne sont pas nécessaires mais des témoignages recueillis auprès d'experts de la région semblent suggérer que la « peur » de la dépendance aux drogues de substitution est à la racine de la non-utilisation des produits de substitution dans les traitements.

Traitement psychologique : Le conseil—individuel ou en groupe— et d'autres thérapies comportementales sont les méthodes les plus utilisées dans le traitement de l'usage abusif de drogues. Les thérapies comportementales varient dans leurs approches et peuvent porter sur la motivation du patient à changer, démontrer les avantages de l'abstinence, aider à développer des compétences pour résister à l'usage de drogues, aider à remplacer les activités liées aux drogues par des activités constructives et gratifiantes, à améliorer la capacité à résoudre des problèmes, et à faciliter de meilleures relations interpersonnelles. En outre, participer à des thérapies de groupe et à d'autres programmes de soutien par les pairs pendant et après le traitement peut aider à maintenir dans l'abstinence. Tout porte à croire que ces approches de traitement, Thérapie cognitivo-comportementale (TCC), sont associées à une réduction de l'usage de drogues ainsi qu'à une diminution des problèmes liés aux drogues, des activités criminelles et des infections (Babor et al., 2010).

Thérapie cognitivo-comportementale (TCC): Dans le cadre de la TCC, le thérapeute cherche à aider les patients à reconnaître, éviter et affronter les situations dans lesquelles ils risquent le plus de faire

un usage abusif de drogues. Les programmes de traitement de l'usage abusif de drogues qui utilisent la thérapie cognitivo-comportementale sont structurés de sorte que les changements apportés par le programme soient facilement mesurables. On dispose d'un plus grand nombre d'études sur l'efficacité de ce traitement que sur d'autres types de thérapies (Caroll, 1997).

Deux techniques souvent utilisées en thérapie cognitivo-comportementale et dans d'autres thérapies sont l'entretien de motivation et la gestion des contingences. La technique de l'entretien de motivation met à profit la volonté des individus à changer leur comportement puis les encourage à entreprendre un traitement. L'approche de la gestion des contingences utilise le renforcement positif (récompenses) pour encourager l'abstinence de tout usage de drogues.

Thérapie familiale multidimensionnelle: Cette approche implique souvent des adolescents qui ont des problèmes de drogue ainsi que leur famille, et elle intervient sur toute une série d'influences relatives à leurs schémas de consommation, notamment les troubles émotionnels, cognitifs et comportementaux. Cette approche vise à améliorer le fonctionnement général de la famille

Traitement de substitution aux opiacés (TSO) : La thérapie (le traitement) de substitution aux opiacés consiste en l'administration d'une substance psychoactive médicalement approuvée et à longue durée d'action pour remplacer les opioïdes ou opiacés illégaux. Le produit de substitution a généralement une activité pharmacologique similaire à celle de la drogue de dépendance. Les traitements médicamenteux de substitution aident généralement les patients à se libérer de la recherche de drogues et des comportements criminels associés, et à être plus réceptifs aux traitements comportementaux ; ceux qui sont administrés par voie orale présentent de plus l'énorme avantage de permettre aux patients d'arrêter les injections. Malheureusement, ces produits entraînent une dépendance et il est important de les contrôler pour qu'ils ne soient pas détournés et vendus sur le marché parallèle.

Dans l'espace CEDEAO, l'utilisation de substances de substitution ne s'est pas autant répandue que dans certains pays d'Afrique orientale et australe. Cela s'explique par le fait que la prévalence de l'usage d'opioïdes en général, et de l'usage de drogues injectables en particulier, reste relativement basse. Puisqu'il est vraisemblable que l'usage de ces drogues augmentera à l'avenir si les efforts de prévention ne sont pas renforcés, les professionnels du secteur devraient se familiariser avec des stratégies d'intervention. Deux des produits les plus utilisés dans les thérapies de substitution sont la méthadone et la buprénorphine. Malheureusement au Ghana, par exemple, ces produits ne font pas partie des médicaments essentiels importés dans le pays et ils ne sont pas autorisés à la vente bien qu'ils figurent sur la liste des médicaments essentiels de l'OMS. Il est vraisemblable que le statut soit le même pour la plupart des pays de la CEDEAO. Cette situation appelle la réorientation des responsables de l'élaboration des politiques par des recherches opérationnelles afin de convaincre les gouvernements d'introduire des produits de substitution dans leur pays en mettant en place des mécanismes efficaces afin d'empêcher le détournement de ces drogues sur le marché non réglementé.

Traitement de maintien à la méthadone: La méthadone, opioïde synthétique à longue durée d'action, a été développée à l'origine pour le traitement de la douleur. Elle est désormais principalement utilisée pour le traitement de la dépendance aux opioïdes. Le traitement de maintien à la méthadone consiste à fournir aux patients dépendants à l'héroïne des doses adéquates de méthadone, à prendre une fois par jour par voie orale, dans le but de réduire les effets de manque liés à l'arrêt de l'héroïne. L'un des avantages des programmes à la méthadone est la réduction des injections et des risques liés à l'injection, tels que le VIH et l'hépatite, la méthadone étant administrée sans injection. Ils permettent aussi de réduire les activités criminelles et finissent par améliorer la qualité de vie des usagers d'opioïdes. De nombreux facteurs, dont le dosage de méthadone, les effets indésirables et les

interactions médicamenteuses, peuvent toutefois avoir une incidence sur le respect du traitement. Des doses de méthadone trop basses ou inadéquates ont été associées à des taux plus élevés de symptômes de manque et à un plus grand pourcentage d'arrêt de traitement. À l'inverse, un dosage élevé peut causer de la somnolence, des démangeaisons, de l'hypotension, ou même une dépression respiratoire. De plus, les effets indésirables liés à la méthadone, parmi lesquels on peut citer la constipation, la nausée, les dysfonctions érectiles, les troubles du sommeil et les irrégularités du cycle menstruel, peuvent entraîner des perturbations dans la vie quotidienne des patients.

Traitement de maintien à la buprénorphine: Ce produit de substitution supprime les symptômes de manque et soulage les envies d'héroïne et autres opiacés. Certaines personnes addictes se sentent plus lucides sous buprénorphine que sous méthadone ; d'autres ont des difficultés à utiliser de la méthadone et préfèrent donc la buprénorphine. Il est en général plus facile de décrocher (« se désintoxiquer ») de la buprénorphine que de la méthadone et donc certaines personnes qui suivent un traitement à la méthadone de longue durée passent à la buprénorphine pour faciliter la désintoxication. La buprénorphine entraîne elle aussi une dépendance et les pays où ce produit est utilisé sont confrontés à des problèmes de présence de la buprénorphine sur le marché non réglementé, du fait de son détournement illégal.⁴

La méthadone liquide prise par voie orale et les comprimés sublinguaux de buprénorphine sont les médicaments les plus utilisés dans le cadre de traitement de substitution aux opiacés. Dans un contexte de services de traitement de grande qualité, surveillés et bien organisés, ces traitements médicamenteux peuvent interrompre le cycle de l'intoxication et du manque et réduire fortement l'usage d'héroïne et autres opioïdes, la criminalité et le risque de décès par surdose (OMS/ONUDC, 2008). La thérapie de substitution aux opiacés (TSO) est désormais un élément essentiel de l'offre de traitement dans les endroits où la dépendance aux opiacés est répandue, ainsi qu'un élément central de la prévention du VIH. Comme nous l'avons souligné plus haut, le recours à la TSO n'est pas très répandu en Afrique de l'Ouest où seul un pays (le Sénégal) s'emploie à développer cette forme de thérapie, mais dans les pays côtiers d'Afrique de l'Est et également en Afrique du Sud, la TSO est en train de devenir un élément essentiel de l'offre de traitement (IHRA, 2012).

Le traitement de substitution aux opiacés (TSO) a fait ses preuves en matière de réduction de l'usage d'héroïne, de réduction de l'usage d'autres drogues, de la criminalité, de l'infection au VIH et à l'hépatite, ainsi qu'en matière de stabilité sociale et économique, permettant aux personnes de conserver un emploi et d'être productives (Babor et al., 2010) et constitue donc un traitement de choix dans les cas de dépendance problématique aux opiacés. La majeure faiblesse des conclusions obtenues sur les traitements de maintien à la méthadone ou à la buprénorphine vient du fait que les études incluses dans les évaluations d'efficacité ont été effectuées pour la plupart dans des pays occidentaux. Par exemple, l'une des évaluations les plus importantes existant sur ce sujet ne comporte pas une seule étude sur l'Afrique de l'Ouest, d'où la difficulté inhérente à la généralisation de ces conclusions (Babor et al., 2010). Mais en même temps, comme il a été noté plus haut, les thérapies de substitution aux opiacés ont fait leurs preuves au cours des 65 dernières années dans une vaste gamme de pays à travers le monde, dont la Tanzanie et l'île Maurice, ainsi qu'en Afrique du Sud où le traitement est disponible dans des cliniques privées. La TSO a également été approuvée officiellement par l'OMS. Explorer les avantages de cette forme de traitement en Afrique de l'Ouest semble donc tout à fait justifié.

⁴ En revanche, aux États-Unis et dans une grande partie de l'Europe, certains usagers problématiques de drogues passent à la buprénorphine parce qu'ils peuvent prendre leurs doses à domicile plutôt que d'avoir à se présenter en personne tous les jours à la clinique. Les doses à prendre à domicile ont été délivrées parce que les autorités pensent que la buprénorphine se prête moins au détournement, ou que la buprénorphine qui est disponible est mélangée à de la naloxone, ce qui ne la rend vraiment pas intéressante sur le marché noir.

Le traitement de maintien à la naltrexone: Un troisième produit utilisé dans les thérapies de substitution est la naltrexone. Ce produit bloque les effets de l'héroïne et d'autres opioïdes sur les sites récepteurs et ne doit être utilisé que sur des patients qui ont déjà été désintoxiqués. Du fait de problème de tolérance, la naltrexone n'est pas autant utilisée que les autres médicaments.⁵Dans certains pays, la naltrexone est utilisée dans le traitement de la dépendance à l'alcool.

Réhabilitation des usagers de drogues: L'objectif principal de la réhabilitation est d'aider les usagers de drogues à s'adapter à la société et à surmonter les nombreux problèmes sociaux associés à la consommation de drogues. Il est très important de gérer la vie familiale, de transmettre des compétences sociales, de satisfaire aux besoins en matière d'éducation, et d'aider à résoudre les problèmes d'emploi et de logement. La réhabilitation peut parfois être utilisée dans le cadre du système pénal pour des personnes condamnées pour des délits mineurs liés aux drogues. Les programmes de réhabilitation assurent le maintien des personnes addictes en rétablissement dans des systèmes de traitement. Ils ne devraient pas être traités comme une question secondaire mais comme une partie intégrante de la prestation de services. Ils constituent une manière efficace de prévenir la rechute.

Prévention de la rechute: Dans la modalité de prévention de la rechute, on aide les clients à trouver des activités qui les intéressent puis on les aide à exercer ces activités et on les félicite de participer à ces activités. Les activités sportives, touristiques, de bénévolat pour aider les autres ou de participation à des groupes d'entraide. Le client est privé d'accès aux drogues s'il vise l'abstinence, on le conseille pour qu'il évite les pressions sociales et l'incitation à consommer des drogues et on l'encourage à chercher des amis qui ne consomment pas de drogues. Il faut apprendre au client à gérer le stress et les situations qui pourraient déclencher des comportements d'usage de drogues. L'objectif ultime de ces interventions de traitement est de parvenir à l'abstinence mais il faut aider les clients à atteindre ce but par étapes et à faire face au problème de la rechute.

Réduction des risques

Le traitement des problèmes de drogue constitue une manière efficace de réduire ou de minimiser l'impact des diverses conséquences sanitaires et sociales associées à la dépendance. Le résultat idéal, mais pas toujours accessible, des interventions de traitement de la dépendance, est le rétablissement. Dans certains cas, pour certaines drogues en particulier, il existe des options de politique publique de santé qui mettent l'accent non pas sur l'élimination de l'usage de la drogue mais sur la réduction des risques causés par la drogue. La réduction des risques intègre une longue liste de stratégies, qui comprend les thérapies de substitution examinées plus haut, les programmes d'échanges d'aiguilles et de seringues, des services de sensibilisation, et la mise à disposition de salles de consommation à moindre risque (HRI, 2012). Les programmes d'échange de seringues peuvent réduire les infections liées aux drogues, dont le VIH, et faciliter l'engagement dans la démarche de traitement (Babor et al., 2010).

Alors que la réduction des risques vise à répondre aux problèmes relatifs au VIH/SIDA, les drogues injectables et autres comportements à risque sont bien établis dans certaines parties du monde, et que les méthodes se sont montrées efficaces, son adoption s'est accompagnée de lenteur dans les pays africains. En effet, comme le montrent le Tableau 2 et les résultats d'une enquête effectuée auprès d'experts (voir Tableau 3), seul un pays d'Afrique de l'Ouest dispose d'un programme de réduction des risques et seulement six pays dans toute l'Afrique. Cela est probablement imputable à deux facteurs : le premier est la prévalence relativement basse de VIH lié à la consommation de

⁵ La moindre tolérance clinique de la naltrexone dans cette utilisation est bien documentée.

drogues injectables⁶ en Afrique de l’Ouest (des études récentes font état d’une très forte prévalence du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables en Afrique Orientale et Australe); le deuxième facteur relève des attitudes – la croyance répandue selon laquelle les stratégies de réduction des risques sont synonymes d’une approbation de l’usage de drogues et qui veut que seule une abstinence complète soit souhaitable.

Table 2 - Pays africains où la réduction des risques figure dans les politiques nationales et la pratique

Pays	Référence explicite à la réduction des risques dans les politiques nationales en matière de drogues	Programme d’échange de seringues	Programme de substitution aux opiacés*	Salles de consommation de drogues
Kenya	Oui	Non	Oui	Non
Ile Maurice	Oui	Oui	Oui	Non
Sénégal	Non	Non	Oui	Non
Afrique du Sud	Non	Oui	Oui	Non
Tanzanie	Oui	Oui	Oui	Non
Zanzibar	Oui	Non	Non	Non

Source: Harm Reduction International (2012). *The global state of harm reduction 2012*

*Les thérapies de substitution disponibles présentent des différences ; la Tanzanie a un programme géré par l’État tandis qu’au Kenya et en Afrique du Sud le service est proposé par des prestataires privés.

Au vu des signes annonçant une hausse de l’usage d’opioïdes en Afrique de l’Ouest (ONUDC, 2013) et des demandes de réponses d’envergure au problème de drogues dans la région, il se pourrait que bientôt plus de pays fassent une place aux programmes de réduction des risques, et pas seulement le cas unique recensé pour le moment. Il faudra pour cela que les perceptions de la dépendance aux drogues évoluent considérablement, tout comme les attitudes envers les personnes dépendantes.

5 Les Points de Vue des Experts et des Usagers de Drogues en Traitement

Quelle analyse les experts de contrôle des drogues en Afrique de l’Ouest font-ils de la situation en matière de drogues dans la région ? Quelles sont les expériences des personnes dépendantes à des substances psychoactives actuellement en cours de traitement? En vue d’évaluer les points de vue de ces parties prenantes clés, une brève enquête a été menée auprès d’experts des politiques et des

⁶ Le VIH est surtout causé par le contact sexuel même si souvent l’usage de drogues exacerbe le problème.

traitements représentant dix des quinze pays de la région, et des groupes de discussions ont été mis en place avec des clients de deux structures de traitement privées au Ghana. Voici de brefs résumés de ces deux exercices de collecte d'informations.

5.1 Enquête auprès de praticiens et de responsables des politiques

Afin de mieux comprendre la situation locale, une étude a été menée pour obtenir des informations quant à la disponibilité de politiques de contrôle des drogues et de programmes de traitement dans divers pays de la région. À l'aide d'un questionnaire semi-directif, des données ont été collectées auprès d'experts confirmés du milieu de la santé et de responsables des politiques représentant dix pays, et ce sur différents problèmes dont les suivants : substance la plus consommée ; disponibilité d'une politique de réduction de la demande de drogues, de structures de traitement et de spécialistes ; pratique de la réduction des risques ; et les principaux défis à surmonter pour remédier aux problèmes de drogues. Chacun des dix pays en présence dans l'atelier, organisé par la CEDEAO, destiné à collecter des données sur le thème du traitement, s'est vu remettre un questionnaire. La quasi-totalité des pays étaient représentés par deux experts travaillant en binôme pour fournir les informations requises dans le questionnaire. Fort d'une très grande expérience, ce groupe d'experts était en mesure de comprendre la nécessité des informations demandées et disposait des compétences requises pour fournir les informations en question. Neuf de ces questionnaires ont été remplis et remis au chercheur sur place; le dixième a été envoyé par courriel après l'atelier en raison du besoin de vérifier certaines informations de retour au pays.

Comme le montrent les réponses rapportées dans le Tableau 3, le cannabis a été (conformément aux attentes) mentionné comme étant la principale drogue consommée dans tous les pays, et la cocaïne par six des dix pays. La plupart des pays ne dispose pas de politiques nationales de réduction de la demande de drogues ou alors elles ne sont pas mises en application ; et lorsque des politiques existent, elles ne comportent pas de normes pour la prévention et le traitement, et l'impact des politiques n'est pas mesuré. Ressort également de l'enquête le manque flagrant de structures de traitement et de spécialistes ainsi que la quasi absence des stratégies de réduction des risques dans la région. Deux des principaux défis énumérés dans les réponses –le manque de données et l'insuffisance de ressources humaines – accentuent davantage les problèmes bien connus en matière de réduction de la demande de drogues dans la majeure partie de l'Afrique. Ces deux défis devront être relevés si on veut élaborer et appliquer avec succès une politique de réduction de la demande de drogues.

Table 3 - Disponibilité d'une politique nationale de drogues et de moyens pour le traitement dans la région de l'CEDEAO: les visions des experts de la politique et le traitement

Aspects de la politique	Burkina Faso	Gambie	Ghana	Guinée Bissau	Guinée Conakry	Liberia	Mali	Niger	Nigeria	Sénégal
Drogues illicites les plus consommées	Cannabis, Cocaïne, héroïne, STA, somnifères	Cannabis	Cannabis, cocaïne	Cocaïne, cannabis	Cannabis, cocaïne, alcool	Cannabis, cocaïne, héroïne	Cannabis, cocaïne	Cannabis, tramadol, benzodiazépine	Cannabis	Cannabis, alcool, cocaïne, barbituriques
Quand est-ce que la politique a été révisée pour la dernière fois?	-	Pas de politique nationale de drogues	2012	1994	Pas d'information	En processus d'élaboration d'une politique nationale	Travail en progrès	1999, 2000 mais pas encore implémenté	2008, en train d'être révisée	1996
Est-ce que la politique contient des normes relatives au traitement et à la prévention ?	-	Généralement Application	Non	OUI, réhabilitation et détoxification	Pas d'information	Inclura tous les standards	-	Non	Oui	Non
Comment l'impact est-il mesuré?	-	Arrestations	Saisies de drogues, demande de traitement	-	-	-	-	Jamais mesuré	Rapports	Aucun
Moyens disponibles?	Hôpital Psychiatrique	Oui, a ministère de la sante	Oui, Hôpitaux psychiatrique	Non	Pas de traitement	En progrès	Non, mais un hôpital	No. Des hôpitaux généraux et	Oui, liste	oui

Où se trouvent-ils?			ues et privés		s spécialisés		psychiatrique	psychiatriques		
Spécialistes formés?	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui
Existence de programmes de réduction des méfaits?	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Entretien à la méthadone à venir
ONGs actives dans le domaine de la dépendance?	Oui, deux	Non	Oui, groupes religieux	Non	Oui	Deux religieux	Non	Oui	Oui	Oui
Appui des partenaires au développement?	Oui, UNODC, France	Oui, OMS	Oui	Oui	Seulement une	Oui, ONUDC, Plan Colombo	Non	Non	Oui, UE	Oui
Défis majeurs	Manque de données, réhabilitation et traitement	-	Financement insuffisant	-	Manque de formation, de soutien, et de ressources financières.	Manque de centres de réhabilitation et de support financier.	Pas de centre de traitement, peu de spécialistes	Pas de soutien fiable de la part du centre, des ressources humaines et des finances.	Manque de personnel formé	Manqué d'un bon système de coordination

5.2 Groupes de discussion

Deux groupes de discussion ont été formés, composés d'usagers de substances dans des foyers résidentiels de réhabilitation: « House of St. Francis » à Ashiaman dans la région du grand Accra et « Chosen Generation of Jesus Christ » à Accra.⁷ Ce sont tous deux des centres religieux. Le premier suit le modèle du programme en 12 étapes. Près de 80% des clients des deux centres étaient passés par des établissements de traitement publics (Accra Psychiatric et Pantang Hospitals). Les chercheurs ne se sont pas rendus dans les deux structures le même jour, ont vu les clients seuls à chaque fois et ont passé deux heures dans chaque structure. Quatorze clients étaient disponibles à « House of St Francis » et 46 à « Chosen Generation » et tous ont accepté de participer aux discussions. Des affirmations ont été lues au groupe les unes à la suite des autres, à haute voix, à des fins de délibération et les points saillants ont été soumis à un vote à main levée. Les nombres ont été notés comme on peut le voir dans l'Annexe 1. S'il s'agit ici de petits nombres qui ne peuvent être considérés comme étant représentatifs des usagers de drogues au Ghana, les résultats apportent néanmoins un aperçu des expériences du groupe d'usagers résidant dans ces établissements. À leurs yeux, les établissements psychiatriques n'étaient pas adaptés au traitement des personnes dépendantes aux drogues ne souffrant pas de troubles psychotiques, en raison de la stigmatisation liée à la maladie mentale et à ces établissements.

Dans les deux groupes, le cannabis était la drogue la plus consommée, suivi de la cocaïne (sous forme de poudre). Dans les deux établissements également, l'usage de drogues injectables avait été pratiqué par quelques clients mais tous, même ceux qui n'avaient jamais consommé de drogues injectables, ont déclaré avoir peur des injections et des complications possibles, dont les infections. Dans les deux groupes, les personnes interrogées ont suggéré qu'une période minimale de trois à six mois et maximale de 12 mois devait constituer une durée suffisante pour le traitement. Les deux établissements autorisent les clients à y séjourner le plus longtemps possible, avec une durée minimale de séjour de trois mois. Les réponses obtenues sont consignées dans les Annexes 1 et 2.

Une démarche similaire, entreprise par l'Union Africaine pour se faire une meilleure idée de la situation en matière de drogues et des services disponibles dans les pays membres, vient étayer les conclusions susmentionnées. Des données provenant de huit (8) pays de la CEDEAO qui ont répondu à l'enquête montrent les résultats suivants : (i) Le cannabis était la drogue la plus consommée dans les pays de la CEDEAO ; (ii) la polyconsommation était très fréquente; (iii) le cadre législatif et politique étaient axés sur la répression; (iv) diverses institutions publiques clés des secteurs du maintien de l'ordre et de la santé étaient chargées de la prévention et du traitement ; (v) et les hôpitaux psychiatriques étaient le principal prestataire de services.

Comme nous l'avons observé plus haut, aucun pays de la sous-région ne dispose d'une politique globale en matière de drogues qui répondrait aux problèmes indiqués ci-dessus ou aux problèmes dégagés dans l'enquête de l'Organisation Mondiale de la Santé (2010) sur l'usage de substances. Ce dont chaque pays dispose, c'est d'une forme de politique en matière de drogues qui envisage la problématique du contrôle des drogues sous l'angle de la répression. Comme la dépendance aux drogues constitue désormais un problème reconnu en Afrique de l'Ouest, il est urgent que la région mette en place des politiques de traitement adaptées dans le cadre d'une politique globale, intégrée et durable en matière de drogues. Les éléments principaux d'une telle réponse sont présents ci-dessous.

⁷ Des autorisations de visite ont été demandées au propriétaire de « ChosenGeneration » et au directeur de « House of St.Francis » et les résidents ont accepté de participer aux discussions.

6 Un cadre Réglementaire pour le Traitement des Problèmes de Drogue en Afrique de L'Ouest

L'OMS et l'ONUDC ont déjà élaboré lignes directrices et principes directeurs en matière de prévention et de traitement de l'usage de drogues. Il est important d'insister sur le fait que si les pays de CEDEAO utilisent cet outil pour informer de leurs propres cadres pour les politiques de traitement de la drogue, qu'une attention particulière devra être portée aux facteurs sociaux, économiques et culturels des différents pays. À l'évidence, l'Afrique de l'Ouest est confrontée à de nombreux défis – antécédents d'instabilité politique, pauvreté, systèmes sous-développés de services sociaux, chômage de masse, en particulier parmi les jeunes, pénurie de main d'œuvre et manque de services sociaux—ce qui pourrait compliquer l'application des normes dans la région. Dans le même temps, la croissance économique positive et la stabilité que connaissent de nombreux pays de la région portent à croire que le moment est bien choisi pour agir. De plus, le respect des droits humains des personnes nécessitant un traitement ou en cours de traitement devrait constituer un point de départ à l'élaboration de toute politique en matière de drogues.

6.1 Établir un centre (agence) national(e) chargé(e) de la prévention et du traitement de l'usage de drogues

Cette première étape du développement et du maintien d'un système de services de traitement est importante. L'agence dont nous proposons la création devrait être chargée des missions suivantes :

- i) Servir de centre d'aiguillage (inscription et accréditation) pour tous les prestataires de traitement de l'usage abusif de drogues ;
- ii) Superviser les activités des acteurs engagés dans le traitement des problèmes de drogues, qu'il s'agisse d'organismes publics ou d'organisations non-gouvernementales (ONG) ;
- iii) Procéder au suivi et à l'évaluation des structures en question ;
- iv) Former le personnel traitant ;
- v) Préparer des protocoles de traitement pour différents niveaux de traitement ;
- vi) S'assurer de la disponibilité de produits adaptés et en quantité suffisante pour les traitements de l'usage problématique de drogues ;
- vii) Endosser un rôle de conseiller quant aux traitements des problèmes de drogue dans le pays, par exemple recommander les médicaments les plus adaptés et les plus avantageux pour les traitements de sevrage et de maintien ;
- viii) Fournir des interventions spécialisées, par ex : réduction des risques; communautés thérapeutiques.
- ix) S'assurer de la disponibilité d'une équipe qui sera chargée du contrôle systématique des violations potentielles des droits humains dans les centres de traitement et qui rendra compte de ces contrôles aux autorités compétentes.

6.2 Décentraliser les structures de traitement des problèmes de drogue

Les services de traitement des problèmes de drogue devraient être situés hors des hôpitaux psychiatriques lorsque la situation le permet et les clients qui nécessitent un traitement en hôpital psychiatrique en raison de comorbidités psychiatriques et des comportements violents qui y sont associés devraient être placés dans des salles séparées. Les structures de traitement devraient être accessibles sur les plans géographique et financier. Les hôpitaux généraux et les structures

ambulatoires peuvent servir de point d'entrée dans le système du traitement ce qui veut dire qu'il est nécessaire d'y affecter du personnel formé et qualifié quant à la dépendance de la drogue

6.3 Proposer des traitements à base communautaire et des structures de prévention

Les politiques de réduction de la demande de drogues prévoient la création d'un réseau de structures qui comprend des agences gouvernementales, des services sociaux, des ONG et des travailleurs communautaires avec des systèmes de soutien dans la communauté pour répondre aux besoins de traitement, de réhabilitation, de prévention de la rechute et d'activités postcure. Les structures devraient être multidisciplinaires et adaptées aux spécificités culturelles et le traitement devrait être volontaire. La promotion de la santé concernant le traitement des problèmes de drogue, la réhabilitation et la prévention devrait être coordonnée avec les activités de soins de santé primaires.

6.4 Respecter les droits humains des personnes nécessitant un traitement ou en cours de traitement

L'Organisation Mondiale de la Santé soutient que « les services de traitement de la dépendance aux drogues doivent respecter les droits humains et reconnaître la dignité inhérente à tous les individus. Cela inclut le respect du droit de jouir du meilleur état de santé et de bien-être possible, et la garantie de non-discrimination » (OMS/ONUDC 2008) ainsi que le droit à des services qui soient volontaires, scientifiquement éprouvés et où la maltraitance n'a pas cours. De plus, il est nécessaire de prendre des dispositions afin de garantir que les formes de traitement s'apparentant à de la maltraitance ne soient pas utilisées comme une forme de punition par ceux qui croient que l'usage de drogues est une manifestation de l'immoralité. La liberté de culte et la croissance spirituelle doivent être assurées – tout comme la liberté de ne pas être contraint à un culte – et l'égalité face au choix et aux avantages des programmes disponibles dans le pays devrait être garantie grâce à des programmes de formation et à la prestation de services de qualité.

6.5 Développer les capacités en matière de prestation de traitement

Il faudra recruter du personnel qualifié et en former afin qu'il puisse être déployé dans les différentes structures disponibles dans le pays. Les fonctions et tâches des différents employés doivent être clairement définies. La prestation de services de haute qualité ne pourra se faire sans formation continue et formation sur le lieu de travail. Le personnel doit être motivé et il devrait avoir la possibilité de partager ses expériences et de profiter de celles des pays frères de l'espace CEDEAO. Des possibilités de progression, comparables à celles que connaissent les employés d'autres services, devraient également être offertes.

Des équipes multidisciplinaires composées de médecins, de psychiatres, de psychologues, de travailleurs sociaux, de conseillers et d'infirmières devraient être constituées afin de répondre aux divers aspects que recouvre la dépendance aux drogues, dont l'aide sociale et l'offre de services de base comme le logement social. Le rétablissement d'usagers de drogue peut être mis à contribution dans les programmes de réhabilitation.

6.6 Chercher des filières de collaboration

Collaborer avec des organisations locales et internationales peut contribuer à la promotion de meilleures pratiques qui peuvent être partagées avec d'autres pays de l'espace CEDEAO. Les politiques de réduction de la demande de drogues devraient s'employer à encourager la collaboration entre les ONG et les différents types de centres de traitement dans le pays.

6.7 Le traitement comme alternative aux sanctions pénales

Compte tenu du fait que la dépendance est un problème de santé, les politiques des drogues pourraient envisager d'inclure la création de tribunaux spécialisés en matière de drogues, dotés si possible d'équipes multidisciplinaires de professionnels spécialisés dans les drogues. Ce tribunal spécialisé a pour but de proposer le traitement comme alternative à des sanctions pénales. Cela peut prendre les formes suivantes:

- i. Traitement volontaire sans menaces de sanctions pénales quand des équipes d'intervention vont à la rencontre de personnes addictes ayant commis des infractions mineures et qui ne suivent pas encore de traitement dans le but de leur faire commencer un traitement. Cette approche utilise un système de récompenses pour motiver les usagers de drogue et acceptent de rédiger des rapports de suivi pour les remettre aux forces de l'ordre (ONUDD, 2009).
- ii. Alternatives à l'incarcération pour les usagers de drogues et les personnes addictes: Comme la possession et l'usage de drogues sont tout autant passibles de sanctions, la plupart des pays de la CEDEO emprisonnent des contrevenants qui ont des quantités limitées de drogues pour leur usage personnel. Au lieu de cela, le système pénal devrait renvoyer ces cas vers des structures agréées et accréditées dans lesquelles les contrevenants pourraient, de leur plein gré, suivre un traitement. Une collaboration étroite avec des organismes de prestation de soins de santé est nécessaire ; cela permettra de réduire les coûts engendrés par les peines de prison et de redonner de la dignité aux auteurs d'infractions liées aux drogues.
- iii. Traitement en prison : les contrevenants récalcitrants qui souffrent de dépendance aux drogues peuvent être traités en prison. Cela suppose la présence de structures de traitement dans des prisons désignées à cet effet où ils peuvent être traités d'une façon humaine et dans le respect de leurs droits humains.

Néanmoins, il est tout aussi important de noter que, comme le montre le corpus toujours plus large de documentation sur les tribunaux spécialisés en matière de drogue, il existe différents modèles de ce type de tribunal, et nombre d'entre eux ont suscité d'importantes questions de procédure. Par exemple, dans certains cas, les détenus sont contraints de plaider coupable pour l'infraction dont ils sont accusés, sans quoi ils ne peuvent accéder au traitement. Mais, si jamais ils "échouent" dans le traitement offert, ils se retrouvent automatiquement dans le système pénal et peuvent moins bien s'en tirer que s'ils avaient été jugés dans le cadre d'un procès normal dès le départ. En outre, les traitements proposés par l'intermédiaire des tribunaux spécialisés en matière de drogues excluent souvent l'option du traitement de maintien de la dépendance aux opiacés. De surcroît, une telle méthode déplace également la prise de décision quant au traitement des professionnels de la santé au système pénal, aux procureurs en particulier. Des efforts devraient donc être engagés pour approfondir la compréhension de ces défis avant de décider de suivre cette voie.

6.8 Réaliser une analyse coûts-avantages des programmes de santé liés aux problèmes de drogue

De nombreuses analyses rigoureuses des coûts-avantages de programmes de santé liés aux problèmes de drogue ont été publiées dans des revues scientifiques ces dernières années et démontrent que les avantages qui découlent d'un investissement dans des services de qualité dépassent de loin les coûts engagés. Après examen des résultats des thérapies de substitution aux opiacés, par exemple, l'OMS et l'ONUDD ont conclu que rien qu'en matière de réduction de la criminalité, les investissements dans les TSO produisaient des bénéfices quatre à sept fois supérieurs au coût du programme, et qu'en ce

qui concerne les réductions de coûts pour les services de santé, liés à la diminution des risques tels que le VIH, les bénéfices étaient d'environ 12 fois le coût.⁸ Depuis cet examen, d'autres études ont été consacrées à d'autres types de traitement de la dépendance aux drogues et ont fourni des résultats similaires, montrant en particulier que prévenir la criminalité et aider les gens à exercer une activité économique peut entraîner des bénéfices bien supérieurs aux coûts.⁹ Les programmes qui fournissent du matériel d'injection stérile ont aussi un rapport coûts-avantages positif car ils permettent d'empêcher la transmission du VIH. Si la mise en place de services de qualité s'accompagne de frais initiaux considérables, l'argument selon lequel leur création et leur fonctionnement coûtent trop cher n'est pas fondé si on tient compte des bénéfices globaux de ces interventions.

7. Messages Clés Et Recommandations

Les principes directeurs énumérés ci-dessus contiennent une partie des principaux défis quant à la prestation de services de santé pour les personnes souffrant de problèmes de drogues en Afrique de l'Ouest. Le problème de la dépendance aux drogues et des troubles liés aux drogues ne pourra être affronté sans une bonne compréhension de la gravité du problème et une vraie volonté politique. Des signes indiquent que la prise de conscience est en train de gagner du terrain ; mais si rien n'est fait et que la situation empire dans les prochaines années, personne ne se demandera ce qu'il faut faire pour éviter une épidémie de dépendance aux drogues dans la mesure où la base de connaissances sera disponible.

Face aux défis à surmonter et aux secteurs nécessitant une attention accrue, nous émettons les recommandations suivantes :

Politique nationale : Tous les pays d'Afrique de l'Ouest ne disposent pas d'une politique nationale en matière de drogues qui s'étende à la fois au traitement et la prévention et qui définisse des objectifs clairs et quantifiables, ainsi que des stratégies pour atteindre ces objectifs. Il existe par contre dans tous ces pays une réglementation qui met l'accent sur la suppression de l'offre par divers mécanismes de maintien de l'ordre. Des politiques nationales sont actuellement en cours de discussion dans certains pays avec l'aide de partenaires bilatéraux et en réponse à l'appel des Nations Unies prônant une « approche intégrée » des défis liés aux drogues. Si toutefois les services de santé liés aux problèmes de drogue ne reçoivent de financement suffisant et ne font partie d'une politique intégrée que sur le papier, rien ne changera. C'est pourtant le type d'engagement que l'on attend des pays de la région, un engagement qui ne saurait que profiter des conseils formulés ci-dessus. Les orientations des politiques nationales en matière de drogues devraient être centrées sur les aspects suivants:

Données : Le manque de données est un problème constant mais peut être amélioré sans trop d'efforts. Le lancement récent du réseau épidémiologique ouest africain WENDU constitue un premier pas encourageant pour la région. La participation des pays à WENDU devrait être encouragée, ainsi que le soutien de partenaires étrangers. S'inspirant de réseaux existants à travers le monde, WENDU est un projet de surveillance sentinelle, initié et mené par la CEDEAO, consacré aux données de demande de traitement et dont l'objectif général est de fournir des informations régulières sur l'usage de drogues et la dépendance à destination des responsables des politiques et des praticiens. Le succès de ce projet dépendra dans une large mesure du nombre de pays qui intégreront le réseau et seront disposés et capables de partager des données avec régularité. Ce projet devrait permettre de fournir des données utiles sur la demande de traitement mais son efficacité est limitée quand il s'agit de

⁸ Organisation Mondiale de la Santé, Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) et Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime. "Position Paper: Substitution Maintenance Therapy in the Management of Opioid Dependence and HIV Prevention." Genève: Nations Unies, 2004.

⁹ Voir le compte-rendu dans J Csete, 'Costs and benefits of drug-related health services' mis à la disposition de la Commission et à paraître dans D Quan et J Collins, eds. *Economic impact of the war on drugs*, publication prochaine de la London School of Economics.

mesurer la nature et l'étendue de l'usage de drogues parmi la population. Par exemple, étant donné la stigmatisation associée à la dépendance aux drogues, certaines personnes refusent de demander de l'aide alors même que cette aide est disponible. Il s'agit d'une réponse naturelle aux perceptions publiques négatives et à la stigmatisation des personnes souffrant de problèmes de drogue, qui peut également expliquer le traitement inhumain et cruel qui leur est parfois infligé dans de nombreuses structures traditionnelles ou religieuses.

Les programmes de santé liés aux problèmes de drogue apportent de grands bénéfices: Comme nous l'avons souligné plus haut, bon nombre de programmes de santé liés aux problèmes de drogue ont prouvé que les bénéfices entraînés par un investissement dans des services de qualité dépassent de loin les coûts. Si la mise en place de services de qualité s'accompagne de frais initiaux considérables, l'argument selon lequel leur création et leur fonctionnement coûtent trop cher n'est pas fondé si on tient compte des bénéfices globaux de ces interventions. Il faut donc déployer des efforts afin de mener des études de coûts-avantages rigoureuses en ce qui concerne les programmes de santé liés aux problèmes de drogue.

Ressources humaines: Toutes les enquêtes disponibles sur les ressources nécessaires à la mise en place durable d'un système de services de traitement de la dépendance (par ex.: OMS, 2011), décrivent une situation de déficits considérables dans les pays ouest-africains. Les professionnels de la dépendance sont rares si ce n'est inexistantes et les prestataires de soins de santé primaires, qui de toute évidence ont régulièrement affaire à des personnes souffrant de troubles liés aux drogues, ne sont pas formés pour reconnaître et gérer ces problèmes. L'avenir d'une réponse systématique et cohérente à ces troubles appartient probablement à ce groupe de personnel de santé dans la mesure où il est responsable d'une identification précoce, peut intervenir ponctuellement et constitue une première ligne de défense contre la dépendance. Assurer une formation en prestation de conseils en matière de dépendance et en soins de base à cette catégorie de prestataires de soins, des étudiants et des bénévoles intéressés par les services de dépendance, pourrait être une manière de combler le manque actuel de ressources humaines à moindre coût.

Disponibilité des services: Si on déplore un manque de professionnels formés et dévoués dans les services de dépendance en Afrique de l'Ouest, le même constat s'impose en matière de structures résidentielles et non-résidentielles de traitement. Comme nous l'avons mentionné précédemment, une grande partie de ce qui a valeur de traitement dans la région a lieu dans des établissements privés non réglementés, souvent religieux, ou dans des hôpitaux psychiatriques. Seul un petit nombre de ces hôpitaux dispose de services de traitement de la dépendance mais il est nécessaire de mettre en place un système de traitement doté de structures autonomes et spécialisées et de personnel composé de professionnels, de bénévoles et de personnes en rétablissement. Mais cela ne suffira pas à prendre en charge le problème ; il est également nécessaire de créer des services ambulatoires dans des structures de soins de santé primaires et de services sociaux (par ex., dépistage et intervention ponctuelle). La dépendance est un trouble psychologique qui est parfois comorbide et s'accompagne parfois de troubles psychiatriques. Cependant, dépendre uniquement des établissements de santé mentale ne devrait pas être l'option prédominante; il en va de même pour les ONG et les centres traditionnels ou religieux. La disponibilité et l'accès au traitement augmentera si le personnel des hôpitaux généraux est formé et habilité à administrer un traitement de désintoxication avant d'orienter les patients vers les services spécialisés appropriés.

Aide extérieure : Les États-Unis, l'Union Européenne ainsi que d'autres donateurs bilatéraux apportent une aide significative aux pays d'Afrique de l'Ouest en matière de contrôle des drogues. Les services sanitaires et sociaux à destination des usagers de drogues occupent rarement une place de choix dans ces programmes. Offrir une assistance technique et financière en vue de la création de services de santé scientifiquement éprouvés et humains dans ce domaine, notamment de la part de

pays qui disposent eux-mêmes de bons services, peut réellement contribuer à mettre ces nouveaux services sur la bonne voie, comme ce fut le cas pour le programme de maintien à la méthadone en Tanzanie, financé par les États-Unis.

7.1 Conclusion

La dépendance à des substances psychoactives est probablement un problème croissant en Afrique de l'Ouest en raison d'un certain nombre de facteurs, dont le plus important est la plus grande disponibilité de ces substances liée à la production locale et au trafic qui traverse la région. Si la situation appelle des évaluations régulières et systématiques afin de contrôler les changements de forme de l'usage de drogues et la prévalence de la dépendance, les recherches existantes et les témoignages montrent clairement que la dépendance constitue déjà un réel problème, et, qu'il augmente ou non, il n'empêche que les personnes dépendantes n'ont bien souvent nulle part où aller pour se faire aider.

Pour tous les pays, la première étape de la lutte contre ce problème consiste dans l'élaboration d'une politique nationale en matière de drogues qui incorpore tous les aspects de la réduction de la demande de drogues et s'appuie sur des principes de droits humains et de santé publique. Les éléments présentés ci-dessus peuvent aider dans le travail nécessaire à l'élaboration d'une politique en matière de drogues mais sans une volonté politique et une compréhension claire du problème comme étant un défi intérieur de santé publique et de bien-être social, alors cette politique ne pourra pas exister, ni être mise en œuvre. Mettre en œuvre le Programme Régional de la CEDEAO de lutte contre le trafic de drogues, le crime organisé et l'usage de stupéfiants en Afrique de l'Ouest (2008-2011, prolongé jusqu'en 2014) constitue un bon point de départ mais il faudra une réelle volonté politique et ne pas perdre de vue les objectifs fixés pour lancer et inscrire dans la durée les activités énumérées dans la quatrième thématique « Lutte contre les menaces émergentes d'un usage abusif de drogue en hausse et les problèmes connexes en matière de santé et de sécurité » (CEDEAO, 2008). Cela demandera un financement bien plus important pour le traitement de la part de sources nationales bilatérales et multilatérales, la formation de ressources humaines suffisantes pour le traitement et la réhabilitation, ainsi que le soutien des organisations de la société civile pour ce qui est de la prestation de services et des campagnes de sensibilisation.

8. Références

- Asuni, T. (1964). Socio-psychiatric problems of cannabis in Nigeria. *Bulletin on Narcotics*, 16, 27.
- Babor, T., Caulkins, J., Edwards, G. et al. (2010). *Drug policy and the public good*. Oxford: Oxford University Press.
- Carroll, K.M. (1997). Relapse prevention as a psychosocial treatment: a review of controlled clinical trials. In G.A. Marlatt & G. R. VandenBos (Eds.). *Addictive Behaviors*. (pp. 697-717.). Washington DC: APA.
- Communauté Économique des États d'Afrique de l'Ouest (UA, 2008). Déclaration politique et Plan d'action. Abuja: CEDEAO.
- Dekel, R., Benbenishty, R., & Amram, Y (2004). Therapeutic communities for drug addicts: prediction of long-term outcomes. *Addictive Behaviors*, 29, 1833-1837.
- De Leon, G (1984). The therapeutic community: study of effectiveness. In *Treatment Research Monograph Series*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Harm Reduction International (2012). *The global state of harm reduction 2012* (edited by Gloria Stoicescu). London: HRI.
- Holland S: Gateway houses: *International Journal of the Addictions* 1978, 13:369-381
- Human Rights Watch (2012). "Like a death sentence": abuses against persons with mental disabilities in Ghana. Accra: Human Rights Watch.
- Humphreys, K., Huebsch, P. D., Finney, J. W., et al. (1999). A comparative evaluation of substance abuse treatment: V. Substance abuse treatment can enhance the effectiveness of self-help groups. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 23, 558-563.
- Kleiman A.R., Caulkins, Jonathan P., Hawkins, A (2011)., *Drugs and drug policy: what everyone needs to know*. New York: Oxford University Press, 2011.
- Lambo, T. A. (1965). Medical and social problems of drug addiction in West Africa. *The West African Medical Journal*, 14, 236-254.
- Maiga, D. D., Seyni, H., & Sidikou, A. (2013). Représentations sociales de la consommation de tramadol au Niger, perceptions et connaissances des communautés: enjeux pour les actions de lutte. *African Journal of Drug & Alcohol Studies*, 12(1), 53-62.
- Makanjuola, A. B. Olatunji, P. O. (2009). Pentazocine abuse in sickle cell anaemia patients: a report of two case vignettes. *African Journal of Drug and Alcohol Studies*, 8(2), 59-64.
- Obot, I.S. (2013). Prévention et traitement de la dépendance à la drogue en Afrique de l'Ouest. Document de référence de la WACD No. 2. <http://www.wacommissionondrugs.org/fr/wp-content/uploads/2013/07/Prevention-et-Traitement-de-la-Dependance-en-Afrique-de-lOuest.pdf>
- Office des Nations Unies Contre la Drogue et le Crime (2012). *Rapport mondial sur les drogues 2012*. Vienne: ONUDC.
- Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2007). *Rapport sur la situation du trafic de cocaïne en Afrique de l'Ouest*. Vienne: ONUDC.
- Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2010). *De la coercition à la cohésion: traiter la dépendance à la drogue par les soins de santé, et non les sanctions*. Vienne: ONUDC.

- Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2012). West Africa -- 2012 ATS Situation Report. Vienne: ONUDC.
- Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2013). Rapport mondial sur les drogues. Vienne: ONUDC.
- Open Society Foundation (2011). Campaign to stop torture in health care www.stoptortureinhealthcare.org.
- Organe International de Contrôle des Stupéfiants (2009). La prévention primaire de l'abus de drogues, dans le Rapport annuel 2009 de l'OICS. Vienne: OICS.
- Organe International de Contrôle des Stupéfiants (2007). Le principe de proportionnalité et les infractions liées à la drogue, Rapport annuel 2009. Vienne: OICS.
- Organe International de Contrôle des Stupéfiants (2004). Intégration des stratégies de réduction de l'offre et de la demande : au-delà d'une approche équilibrée. Vienne: OICS.
- Organisation Mondiale de la Santé (2009). Guideline of opioid dependence. Genève: OMS.
- Organisation Mondiale de la Santé (2010). Atlas sur la toxicomanie 2010. Genève: OMS.
- OMS/ONUDC (2008).Principles of drug dependence treatment. Genève: OMS.
- Oshodi, O. J., Ikeji, O. C. et al. (2009).A retrospective study of Cannabis use-associated psychopathology in a Southern Nigerian treatment facility. *African Journal of Drug and Alcohol Studies*, 8(1), 9-16.
- Rehm et al. (2006).The costs of substance abuse in Canada 2002. Ottawa, Canada: Canadian Centre on Substance Abuse.
- Rice, D. P. et al. (1990). The economic costs of alcohol and drug abuse and mental illness. Washington, DC: US Department of Health and Human Services.
- Rolfe, M et al. (1993). Psychosis and cannabis abuse in The Gambia: a case-control study *The British Journal of Psychiatry*, 163, 798-801.
- Schuckit, M.A. (1994). Goals of treatment. In M. Galanter& H. D. Kleber (eds.), *The American Psychiatric Press textbook of substance abuse treatment*. (pp. 3-10). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- UK Drug Policy Commission (2008). *The UK Drug Policy Commission recovery consensus group: a vision of recovery*. London: UK Drug Policy Commission.
- Union Africaine (2013). Plan d'Action de l'UA sur le contrôle des drogues (2013-2017). AddisAbaba, Éthiopie: UA.

9. Annexe 1

RAPPORT SUR LE GROUPE DE DISCUSSION DU 13 MAI 2013

LIEU: HOUSE OF ST FRANCIS ASHIAMAN

NOMBRE DE PARTICIPANTS :14 ; HORAIRE 15h00- 17h00

Question 1.*Où ils souhaiteraient recevoir leur traitement s'ils avaient le choix*

La réponse à la question des préférences quant au type de structure de traitement a été accompagnée de commentaires positifs et négatifs à propos des hôpitaux psychiatriques, des hôpitaux généraux, des structures proposées par les ONG et des structures gouvernementales spécialisées.

a) Hôpital psychiatrique

100% des participants au groupe de discussion n'ont pas aimé être envoyés à l'hôpital psychiatrique à cause de la stigmatisation. On pourrait les prendre pour des fous ; ils auraient une mauvaise estime d'eux-mêmes à leur sortie, ce qui pourrait les faire replonger ; cela pourrait se retourner contre eux plus tard.

b) Institutions gouvernementales spécialisées

- Peuvent être politiques et bien fonctionner sous un gouvernement puis abandonnées par un autre. Les fautes peuvent incomber au gouvernement.
- Craintes qu'elles ne soient pas bien gérées en raison d'un manque de motivation du personnel.
- Seraient une solution idéale si elles disposaient de plus de personnel formé et des traitements médicamenteux adéquats, vu que le coût du traitement pourrait être moins élevé grâce aux subventions de l'État.
- Certains prônent la gratuité du traitement.
- La structure devrait être autonome et dotée d'une équipe multidisciplinaire.

c) Structure gérée par une ONG

- Généralement chère mais le personnel est le plus souvent dévoué.
- Elles emploient des personnes addictes rétablies, ce qui est très important car elles comprennent mieux le processus de dépendance et peuvent partager leur expérience pendant les réunions de groupe.
- Le gouvernement devrait encourager plus de structures gérées par des ONG qui devraient fonctionner en parallèle des structures publiques.

Question 2. Quels types de drogues ils ont déjà consommé

Type de drogue	Nombre d'usagers	Pourcentage
Cannabis	13	93
Cocaïne	8	57
Péthidine	5	35
STA	1	7
Morphine	1	7
Diazépam	4	28

Question 3. Pourquoi ils ont choisi de consommer des drogues

Ils ont subi la pression d'amis ou de pairs; pour s'amuser; pour voir des gens pendant les vacances scolaires et c'est devenu une addiction ; curiosité et influence des pairs; ils étaient très timides et manquaient de confiance en eux et les drogues leur donnaient du courage; dépression et incapacité de gérer leur stress.

Question 4. Pourquoi certaines personnes ne consomment pas de drogues

- À cause de leurs croyances et de leur religion
- N'y sont pas exposés et savent que ce n'est pas bon pour eux
- La façon dont ils ont été élevés
- Ils ont pu suivre de bons modèles- leurs parents ne consommaient pas de drogues
- Ils étaient protégés par leur famille
- Peur des conséquences de l'usage de drogues–honte pour leur famille et eux-mêmes, leur avenir etc.
- Le soutien de leur famille leur permet de résister aux influences des pairs.
- Peur de devenir fou
- Protection génétique
- À l'abri des influences extérieures
- Un mélange d'influences familiales et de religion

Question 5. Comment protéger les jeunes contre l'usage de drogues

- Les familles devraient consacrer du temps à leurs enfants
- Agir dès le plus jeune âge – envoyer des messages aux écoles – faire figurer la sensibilisation aux drogues dans les programmes scolaires
- Amener des usagers de drogues rétablis à raconter leur histoire dans la communauté – églises et écoles
- Partager les expériences et utiliser des pairs éducateurs
- Conseiller les jeunes
- Gérer les émotions des jeunes
- Créer des systèmes de soutien dans les écoles et dans la communauté
- Service de l'éducation : que l'usage abusif de drogues figure au programme scolaire dès l'école primaire
- Sensibiliser la communauté

Question 6.*Durée suffisante de traitement*

- Elle est variable et dépend des individus
- Minimum trois mois mais une durée de six à douze mois est réaliste
- Plus le traitement est long, mieux c'est. Mais cela empêcherait d'autres personnes de recevoir de l'aide si on pouvait rester indéfiniment. 6 à 12 mois font l'affaire
- La durée du séjour devrait dépendre de la personne, de son état, de ses antécédents et de la politique du centre de traitement
- Ça dépend du thérapeute et du client. Aucune limite de temps ne devrait être donnée.

Question 7.*Risques des drogues*

- Vie sociale limitée
- A du mal à vivre en société. Mauvaise estime de soi
- Chances ratées
- Soumis à des enquêtes de police
- Perte du respect parmi les membres de la famille et de la société
- Perte d'emplois, troubles de la vie conjugale
- Se sentir rejeté
- Infection aux hépatites B et C
- A eu des problèmes avec la justice et ses études en ont pâti. A la suite de quoi il s'est senti impuissant et inutile
- L'un d'entre eux a fait une tentative de suicide, sans succès.

Question 8.*Expérience de l'usage de drogues injectables*

- 2 des 14 personnes ont déjà consommé de l'héroïne par injection.
- L'un d'eux avait essayé et avait eu du mal à trouver la veine. Il avait eu peur de mourir et avait abandonné.
- Le deuxième avait essayé à plusieurs reprises mais avait arrêté de peur de s'injecter une drogue frelatée et de mourir.

10. Annexe 2

GROUPE DE DISCUSSION À ACHIMOTA

CHOSEN GENERATION: UN CENTRE DE RÉHABILITATION DES USAGERS ABUSIFS DE DROGUES DATE: 28 MAI 2013 NOMBRE DE PARTICIPANTS 46

Ce centre est une structure religieuse qui accueille environ 100 résidents. Parmi les résidents on trouve des usagers de drogues venus du Libéria, du Nigéria et du Togo. L'autorisation a été accordée par le propriétaire, qui a invité le Dr Asare à parler au groupe. Le groupe était constitué de multiples usagers de drogues qui étaient passés par divers hôpitaux et centres spirituels. Le jour de la discussion, 46 clients étaient présents. Les questions qui leur ont été présentées étaient similaires à celles posées au groupe de House of St Francis. Un résumé des réponses apportées à ces questions est fourni ci-dessous

Où ils souhaiteraient recevoir un traitement de la dépendance s'ils avaient le choix

La majorité (35 d'entre eux) souhaiterait se faire traiter dans une structure gérée par une ONG parce qu'ils pensaient que leur rétablissement était effectué par des moyens spirituels. Ils préféraient être traités dans une structure "centrée sur le Christ" par quelqu'un pour qui le travail était une vocation. [Il semble évident qu'ils avaient subi l'influence de l'environnement dans lequel ils se trouvaient à l'époque.]

Aucun d'entre eux ne voulait recevoir de traitement dans un hôpital psychiatrique en raison de la stigmatisation et aussi parce qu'ils y recevraient du Largactil (un antipsychotique) et ils pensaient que ça les rendrait inactifs et leur donnerait l'air de malades « mentaux ». Seules trois (3) personnes voudraient être dans une structure gouvernementale spécialisée. Ils avaient l'impression que les services offerts par le gouvernement étaient mal gérés et préféreraient encourager le gouvernement à soutenir les établissements existants, en particulier les ONG. Ils ont aussi dit que le gouvernement devrait trouver des emplois pour les personnes réhabilitées.

Quels types de drogues ils ont consommé

Type de drogues	Nombre de clients rapportant un usage	Pourcentage
Cannabis	30	65
Cocaïne/crack	21	46
Héroïne	18	39
Drogue injectable	2 (venant tous deux du Nigéria)	4

Seuls deux clients (venant tous deux du Nigéria) avaient consommé des drogues injectables ; l'un d'entre eux avait essayé les drogues injectables à quelques reprises ; l'autre avait consommé des drogues injectables pendant 4 ans avant d'arrêter. Les raisons invoquées pour le manque de popularité de l'usage de drogues injectables parmi les clients admis au centre étaient qu'ils avaient peur des injections et aussi qu'ils ne voulaient pas s'embarrasser de trop de matériel. Certains ont mentionné les infections et l'empoisonnement.

Pourquoi ils ont choisi de consommer des drogues

20 d'entre eux ont dit que c'était par curiosité; 18 ont répondu vouloir « se défoncer »; 10 ont répondu qu'ils voulaient travailler dur ; et 6 ont dit avoir consommé des drogues comme aphrodisiaques.

Pourquoi à leur avis certaines personnes ne consommaient pas de drogues

Les réponses suivantes ont été données à la question de savoir pourquoi certaines personnes ne consomment pas de drogues: Ces personnes sont bien informées sur les dangers de l'usage de drogues ; Peur de consommer des drogues ; État d'esprit, c'est-à-dire qu'ils sont conditionnés par leurs parents de manière à ne pas causer le déshonneur de leur famille ; éducation chrétienne; manque d'expérience ; peur de la police et de la justice. Pour finir, quelqu'un a dit que les personnes qui n'utilisent pas de drogues savaient ce qu'elles voulaient et étaient déterminées à l'obtenir et ne se permettaient pas d'écarts.

L'impact que les drogues ont eu sur leur vie

Les réponses données à la question de l'impact des drogues sur leur vie furent les suivantes :

- Perte de l'emploi et de relations ;
- Une personne a dit que les drogues l'avaient « gâchée » car il avait laissé passer de nombreuses occasions à cause d'elles ;
- Beaucoup ont dit avoir perdu la confiance de leur famille après avoir volé de l'argent et des objets à la maison ;
- On les considérait comme des menteurs ;
- Les drogues vous privent de liberté, jettent le déshonneur sur vous et votre famille et vous perdez votre dignité ;
- 18 d'entre eux avaient arrêté l'école, 15 avaient déjà été enfermés dans des cellules, 15 avaient participé à des bagarres, 40 d'entre eux ont volé des objets à la maison ou à l'extérieur ; 8 ont été chassés de la maison et 8 ont fugué à cause de leurs méfaits.

Suggestions pour prévenir l'usage de drogues chez les jeunes

Parmi les suggestions faites par les clients on peut citer : faire appel à des usagers de drogue en rétablissement pour sensibiliser les élèves dans les écoles, ainsi que dans le cadre de programmes de sensibilisation des églises et des communautés ; agir dès le plus jeune âge; faire figurer la prévention de l'usage abusif de drogues dans les programmes éducatifs. Quelqu'un a dit qu'il faudrait davantage sensibiliser les populations en utilisant les médias de masse et les médias électroniques.